



TITLE:

臨床滙纂 : 京都外科集談会演説

AUTHOR(S):

CITATION:

臨床滙纂 : 京都外科集談会演説. 日本外科宝函 1933, 10(5): 1409-1419

ISSUE DATE:

1933-09-20

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/203366>

RIGHT:

臨 床 滙 纂

京 都 外 科 集 談 會 演 説 (昭和8年6月例會)

昭和8年6月20日夕7時ヨリ京都帝國大學樂友會館講堂ニテ開催、新着外國雜誌抄讀ノ他、次記ノ如キ12題ノ演説ガ行ハレタ。(幹事、吉武 信)

1. 恥骨「カリエス」ノ1症例ニ就テ

平 澤 正 欣

患者 33歳ノ女。

主訴 左大腿上端部ノ内側ニアル隆起。之ハ左側臥時ヤ、運動時ニノミ痛ヲ感ジル。

現在訴 昨年10月末頃カラ何等誘因ナク、兩側大腿上端部ノ内側及ビ左踵部ニ鈍痛ヲ感ジタ。ソノ際熱感ヤ局部發赤腫脹等ハ認メナカツタ。數日後大部分ノ痛ハ自然ニ去ツタガ現在腫隆部ノミハ痛ミガ去ラナイ。痛ハ時ニ消長ガアリ、又安靜時ニハ全ク痛マヌ事モアツタ。長時間ノ起立デ左大腿ハ疲勞シ易ク、左脚ノ舉上ガ出來難ク、歩行時ニ跛行スル様ニナツタ。時々左大腿カラ下腹部ニカケテ、牽引感ガアル。現在ノ腫隆ハ本年1月頃ヨリ現レ、次第ニ増大シタモノデアル。尙最近ニハ陰阜邊ニ鈍痛ガアル。發病來安靜ヲ保ツテ居ル。

既往症 6年前ニ輕イ脚氣ヲ患ツタ他、著患ヲ知ラナイ。發病前1月ニ結婚シタガ、未ダ一回モ妊娠セズ。

現症 榮養中等、貧血ノ微ナク、内臓諸器官ニ異狀ヲ認メヌ。下肢皮膚毛細管ガ處々擴張シテ居ルヲ認メラレルガ、知覺異常ナク下肢ノ力モ正常、膝關動脈、足背動脈共ニヨク觸レ得ル。

局部所見 左大腿上部内轉筋起始部ニ近ク鶏卵大ノ腫瘍ガアル。境界著明デナイガ、大體上ハブーバルト氏靱帶、下ハ大腿ノ中央部ニ及ンデ居ル。表面ノ皮膚ノ中央部ニハ少シク褐色ノ色素沈着ヲ認メル。周圍ニハ皮下靜脈ノ擴張、充血、浮腫等ハナク、搏動モシナイ。股關節運動ハ自由デアル。觸診スルト鶏卵大ノ腫瘍ガ内轉筋群ノ起始部ニアリ、表面ハ比較的粗大ナル凹凸ガ澤山アル。軟骨様硬デ皮膚及ビ恥骨トノ癒着ハ認メラレヌ。横ニハ少シ動クガ縦ニハ動カナイ。左大腿ノ内轉運動ニヨリ腫隆ハ基底部分ニテ固定サレ、少シモ動キ得ヌ様ニナル。輕度ノ壓痛ガアル。壓迫ニヨリ變形セズ。大薔薇靜脈ニ「L」トトラスト「」ヲ入レ、レントゲンニテ脈管撮影ヲ行ツタガ特別ノ陰影ハナイ。尿ニ異常ナク、血液ノ白血球數ハ12300、中性多核白血球54%、淋巴球37%、沈降速度ハ2時間デ64耗。

手術所見 長内轉筋ノ中及ビ薄股筋トノ間隙ニ涉リ、拇指頭大ノ黃白色ノ囊ガアリ、黃白色ノ膿ヲ容レ、乳酪様物質ヤ組織頽敗物ヲ含ンデキル。膿瘍壁膜ハ厚サ約3耗硬ク、周

瘤ト1部癒着スル。上方ニ於テハ細クナリ、恥骨筋ト長内轉筋ノ間ヲ經テ閉鎖孔ニ入ツテキル。膿瘍壁ヲ搔爬シテ全部除去シ5耗ノ連葡混合「コクチゲン」ヲ注入シテ縫合シタ。

手術後恥骨部ノ X 線寫眞撮影ヲ行ヒ、恥骨聯合ヨリ左側恥骨小結節ニ互リ拇指頭大ノ陰影缺損アルヲ見出シ、此處ニ膿瘍ノ起源ノアル事ヲ認メタ。恥骨聯合ニ於ケル骨結核ノ寒性膿瘍ガ内轉筋起始部ニ纖維腫ノ形デ現レテ來タ比較的稀ナ1症例デアル。

追 加

宮 崎 松 記

急性又ハ慢性ニ拘ラズ、恥骨ニ化膿性炎症アル時ニハ屢々陰阜又ハ大腿内側上部ニ膿瘍ヲ形成スルモノナリ。故ニカカル部位ニ膿瘍ヲ形成セルトキハ、先ヅ病竈ガ恥骨ニナキヤヲ考慮スル必要アリ。

2. 木様蜂窩織炎ニ對スル X線療法ニ就テ

岩 橋 安 雄

生後9月ノ男兒。右上肢ノ有痛性腫脹ヲ主訴トス。右上膊ニ種痘ヲ受ケテヨリ約2週間後ニ來レルモノナリ。患側ナル右上肢ハ左上肢ニ比シ甚ダシク大キク、右上膊上1/3ヨリ前膊下1/3ノ部迄一帯ニ腫脹ス。觸診上腫脹部ニ熱感アリ、表面ニ凹凸ナク、一樣ニ彈力性硬、特ニ柔軟ナル處ヤ波動ヲ證明セズ。壓痛甚ダシケレドモ指壓ニテ壓窩ヲ殘サズ、肘關節ニテ約120°屈折ノ狀態ヲトリ屈伸運動不可能ナリ。右腋窩腺1個觸レ、鳩卵大、柔軟、疼痛ナキ様ナリ。X線寫眞ニテ骨ニ何等異狀ヲ認メズ、血液像ハ、白血球數15800、中性嗜好白血球81%ニシテ急性化膿性炎症ニ一致セリ。

以上ノ所見ヨリ右上肢ノ木様蜂窩織炎ト診斷サレタリ。

療法トシテ、局所ニ乾燥熱ヲ與ヘ、其他ニハ處置ヲ行ハズシテ、入院第1日ニ X 線量1/10 HEDヲ伸側面ニ照射シタレド、1週間ハ局所ノ所見及ビ一般狀態ニ殆ド變化ヲ認メズ、即チ毎日體溫ハ39.6°C—36.5°C、脈膊ハ180—120、呼吸ハ60—30間ヲ夫々動搖ス。

故ニ1週目ニ1/20 HED、翌日1/20 HEDヲ屈側面ニ照射シタルニ、其日ヨリ急ニ毎日體溫ハ36.6°C—36°C、脈膊ハ140—110、呼吸ハ34—26トナリ、一般狀態ヨク、氣嫌ヨクナリ、上膊、前膊ノ周圍ハ次表ノ如ク減少セルヲ認メ、其後4日目ヨリ上膊屈側ヨリ柔軟トナリ始メ、肘關節ノ運動モヤ、可能トナリ、其後1週間ヲ經、即チ入院後第19日目ニ右上肢ノ硬結モ殆ンド去リ、運動モ正常ニ復シ、局處熱、壓痛ハ證明セラレズシテ退院セリ。全經過中ニ局處ニ波動ヲ證明セザリキ。

本例ハ木様蜂窩織炎ニ對シテ、X線療法ガ明カニ奏功セルモノト信ズ。(患者供覽)

左(健側)	入院後日數 右(患側) 右上肢部位	1	2	8	9	11	13	15	17	18	19
		1/10 HED		1/20 HED	1/20 HED						退院
12.0	上膊中央部周圍	—	20.0	18.5	—	17.8	16.0	15.6	15.0	15.0	15.0
12.0	肘關節部周圍	—	19.5	18.5	—	17.2	16.0	16.0	15.5	16.0	15.5
11.5	前膊上1/3部周圍	—	18.5	17.5	—	16.8	15.5	15.5	15.5	15.0	15.0

3. 膿胸ノ1吸引装置ニ就テ

矢 島 忠 久

患者ハ24歳ノ學生デ、過ツテ化膿性扁桃腺炎ノ膿ヲ吸込ミ肺壞疽ヲ起シ、ソレヨリ膿胸ヲ併發シタ症例デアル。肋骨切除ヲナシ、排膿管ヲ挿入シ、膿胸腔ヨリ膿ヲ吸引シテ居タ。同時ニ膿胸腔ノ空氣ヲ稀薄ニシ、膿胸腔ヲ狹クスル目的デ排膿管挿入部ニ綿紗ノ緊密_レタムボン_ヲチャツタガ、之デハソノ目的ヲ充分ニ達スルコトガ出來ナカツタ。

ソコデ Perthes ノ方法ニ從ヒ巾5寸ノ_レゴム_ヲ板ヲ胸ニ卷キツケ、排膿管挿入部ニ相當スル部分ニ丁度排膿管ノ入ルダケノ孔ヲアケ、排膿管ヲ入レテ絆創膏デ固定シ、氣密ニシタ。胸ニ卷キ付ケタ_レゴム_ヲ板ノ上ニハ更ニ繃帶ヲ施シ、之デ膿胸腔ハ排膿管以外デハ殆ンド完全ニ外氣ト遮斷サレタ譯ニナル。ソコデ排膿管ヲ水流_レボンブ_ヲニツナイデ吸引ヲ續ケタ所ガ翌日_レゴム_ヲ板ヲ開ケタトキ、特ニ呼氣ニ際シテヒューヒュート音ヲ發シテ空氣ガ膿胸中ヘ吸ヒ込マレル事ガ明白トナツタ。膿ハ空氣ト一緒ニ吸ヒ出サレ、24時間中ニ400 匁位タマル。

コノ裝置デ膿及ビ空氣ノ吸出ガ比較的理想ニ近ク行ク様デアル。尙コノ方法デ吸引シ始メテカラ睡眠中右肺(膿胸側)ニ壓迫感ヲ訴ヘ、又肺ノ幾分カ ausdehnen セラレル爲カ時々烈シイ咳ヲ來ス様ニナツタ。カ、ル時繃帶ヲ緩メルト、間モナク咳ハ治ル。コノ様ナ事モ吸引ガ畧完全ニソノ目的ヲ達シテキル證據ニナルト思ハレル。ト同時ニ偶然コノ裝置ヲ施シタ日ヨリ患者ハ平熱ヲ續ケテ居ルカラ、コノ咳ハ唯機械的原因ニヨルモノデ、縦隔竇乃至肺門部ノ急劇ナル移動ガ咳嗽刺激トナルコトモ立證出來ル様デアル。

4. 下肢高度靜脈瘤ノ1例

河 合 十 五 平

患者 22歳男。主訴 歩行困難。

3歳ノ頃ヨリ足背ヨリ腫脹始マリ 歳ト共ニ上行シ、下腿ニ皮下靜脈怒張蛇行ス。18歳頃ヨリ膝ヲ越ヘテ上行ス。最近歩行困難強度トナレリ。

一般狀態良好、心臟異常ナク、痔疾、精系靜脈瘤等ナシ。立位ニテ右肢下腿前側後面及上腿側面ニ拇指太蔓狀靜脈瘤アリ。脛骨緣脛部ニ疼痛性鳩卵大結節數個アリ。臀部下緣部ニ消ユル索狀疼痛性硬結アリ。足背ハ瀰漫性ニ腫脹シ、海綿ヲ壓スル感アリ。膝蓋ヨリ少シク上部ニ鷄卵大表面鷄冠狀粗硬ノ隆起アリ。右肢ヲ舉上スレバ靜脈瘤ニ相當セル太キ皮膚凹溝ヲ生ズ。以上ノ所見ニテハ大薔薇靜脈ノ經過ニ變化少シ。

手術所見 大薔薇靜脈ハ太サ管壁異常無シ。側面靜脈瘤剔出セントスルニ太キ交通枝ニヨリ筋膜大靜脈ト交通ス。足背皮膚切開ニヨリ瀰漫性腫脹ハ擴大セル靜脈叢ニシテ剔出ス。筋膜下ニ尙海綿様緊張セル靜脈叢存在セル様ナリ。筋膜ヲ下腿側面マデ開クニ、筋肉自身ノ血液充滿シ海綿狀ナリ。以上ノ所見ニテコノ患者ニ於ケル下肢靜脈瘤ハ大薔薇靜脈ニハ異常ナク、股靜脈自身ニ瓣脈缺損アリ、皮下靜脈瘤ハ深部ヨリ皮下ニ於ケル靜脈ノ擴

張充滿セルモノナリ。故ニ皮下靜脈ノミノ摘出ハ目的ヲ達セズ。股靜脈自身ノ結紮ヲナセリ。ソノ後ノ經過ハ目下觀察中ナリ。

5. 化膿性肋間筋炎ノ1例

川 上 儀 三 郎

患者 17歳 女工。 主訴 左胸側疼痛性腫脹。

現在訴 5月30日何等ノ誘因ナク左胸側ニ疼痛性腫脹ヲ來シタ。コノ疼痛ハ搏動性デアツタ。然シ皮膚ニハ發赤ハナカツタ。6月2日頃ヨリ自然痛ハ去ツタガ、壓痛ハ尙アル。且ツ腫脹ハ其度ヲ増シテ來タ。

局處所見 左胸側ニ腫脹ガアツテ、大サハ大體手拳大、表面ノ皮膚ニハ發赤、靜脈怒張ヲ證明シナイ。溫度上昇ガアル。腫脹ノ下部ノ皮膚ニハ指壓ニヨリ著明ニ壓痕ヲ證明スル、然シ波動ヤ炎症性硬結ハ證明シナイ。第8肋骨下邊ノ前腋窩線ノ部デハ壓痛ガ強度イ。

肺ニハ一般ニ變化ナク、唯壓痕ヲ證明スル部分ニ聲音震盪ガ強イ。血液所見中、白血球數ハ12800、中性多核白血球55.3%デアツタ。

發病ハ急激デアツテ疼痛ハ激烈、腫脹ハ廣汎デ、皮膚ニ浮腫アリ、又肺ニハ變化ヲ證明シナカツタコトニヨリ急性ノ炎症デアルコトハ明デアル、ソノ度ノ強イ事ニヨリ肋間筋ノ熱性膿瘍ナル診斷ニ歸着シタ。

手術所見 局處麻酔ノモトニ第8肋骨ノ部デ前腋窩線ヨリ後腋窩線ニ至ル切開ヲ加ヘタ。小前鋸齒狀筋ニハ變化ヲ證明セズ。之ヲ切開シ肋骨ヲ露出スルト肋間筋ハ汚穢暗赤色デアツタ。之ヲ切開スルト濃稠ナル帶黃白色ノ膿約2匁位出タ。ヨツテコノ膿ヲ除去シ、膿瘍腔ヲ檢スルニ第8肋骨ノ下ニモ介在シテ居ル。故ニ肋骨切除ヲ行フニ肋骨ニハ何等ノ變化ヲ認メナイ。又肋膜ノ肥厚ヲモ證明シナカツタ。膿培養ニヨリ黃色及ビ白色葡萄狀球菌ヲ證明シタ。即チ、未症例ハ比較的稀デハアルガ、kryptogenetische polymikrobiotische Infektion ノ結果肋間筋ノ熱性膿瘍ヲ作ツタモノデ、臨床上明白ニ診斷シ得タ1例デアル。

6. 最モ輕量ナル固定歩行繃帶ノ研究

平 澤 正 欣

一般ニ四肢ノ骨折デハ出來ルダケ早期ノ運動ヲ理想トスル。所ガ前田式骨接合器ヲ應用シタ場合デモソノ直後カラ運動ハサセズニ安臥サセル方が多イ。ギブス¹⁾繃帶ハ骨折後數日デ外傷性炎症性腫脹ガ消退シタ後デナイト行ハズ、夫迄ハ副木繃帶ニヨル牽引固定ガ行ハル。炎症性腫脹ノ消退後「ギブス」繃帶ヲ施シテモ當日ヨリ直ニ步行サセル事ハ不可能デアル。即チ下肢骨折デ現今最モ多ク行ハレテ居ルノハ長期間ノ安靜ト牽引固定デアル。デ下肢骨折患者ヲシテ早期ニ步行ヲシ始メ得ル様ニサセタイ。其爲ノ固定歩行繃帶材料ノ具備スベキ條件ハ、1) 輕量、且ツ強靱ナル事。骨折脚ノ步行ニハ最大限度ニ輕量ナルヲ要スル。輕量ト強靱トハ相反スル2因子デアルガ、假令松葉杖等ノ補助ニ依リ步行シテモ、一時的ニ體重ガ骨折脚ニノミカ、ル機會ガアリ得ルノデ強靱性即チ固定性ノ大ナル必要條

件デアル。2) 適當ノ彈力性。骨折部ニ多量ノ出血ト浮腫ノタメ最初ハ強キ腫脹ガアル。彈力性ナキ材料ニテ固定歩行繃帶ヲ行フト腫脹ノ減退スルニ從ヒ、固定ガ出來ナクナル。ソレデ適當ニ緊メツケ常ニ固定スルタメニ、適當ナ彈力性が必要デアル。尙此ノ他ニ石膏ノ様ニ脆弱デナク、細工シ易ク安價ナル事が必要デアル。

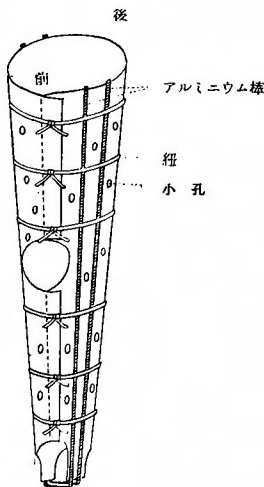
以上ノ諸條件ニ都合ノヨイ材料ヲ探ネルタメニ、各種ノ物質ニ就テ材料強弱學ノ特性ヲ吟味シタ。動物界ヨリ得ラレル材料デハ牛馬ノ皮ガアル。之ハ引カニハ強イガ壓力ニハ弱ク曲折シ易イノデ適セヌ。植物材料トシテハ、木材ハ彈力性ナク、籐ハ壓力ニ弱ク、不適當デアルガ、竹材ハ比較的輕ク強靱デ且ツ加熱ニヨリ自由ニ曲ゲテ隨意ナ形ヲ與ヘ得ル。周圍6—7寸以上ノヨク乾燥シタ孟宗竹ヲ下肢ノ長サニ切り、幅2—3糎ニ縱ニ割り、各片ニ數孔ヲアケ加熱シテ適當ニ曲ゲ、夫ヲ約11本並べ各片ノ孔ニ皮紐ヲ通シ劍道ノ竹胴又ハ薙刀試合ノ脛當ヲ長クシタ様ナ物ヲ造リ、脚ニ卷キツケル。重量約1300瓦トナルガ、可成リ目的ガ達セラレル。

金屬材料ニ就テ重量ト強靱性ノ關係ヲ比較スル。tensile strength トハ單位面積ノ斷面ヲ有スル一定ノ長サノ圓棒ヲ切斷スルニ要スル張力デアル。之ニヨリ大體體積ト強靱性トノ關係ガ判ル。tensile strength ヲ比重デ割ルト單位重量ノ抗張力ヲ得テ重量ト強靱性トノ關係ガ判ル。單位重量ノ抗張力最大ナル物質ガ、即チ最輕量ニシテ最強靱ナル材料デアル。

第1表 金屬ノ材料強弱學ノ特性

品名及ビ組成	比 重	tensile strength	單位重量ノ抗張力
鐵	8.2	2100 kg/cm ²	256 kg
銅	7.5	1540 kg/cm ²	205 kg
「アルミニウム」	2.6	1400 kg/cm ²	538 kg
「デュラルミン」	2.77	5600 kg/cm ²	2022 kg

第1圖



「アルカンファイバー」ヲ應用セル固定歩行繃帶

重量ヲ標題トスルト、「アルミニウム」ハ鐵ノ2倍、「デュラルミン」ハ鐵ノ8倍ノ強靱性ガアル。之等ノ輕金屬ハソレノミヲ以テ固定歩行繃帶ヲ作ルニハ適セヌガ、他ノ材料ノ骨組トシテ利用スルニハ最も適當デアル。次ニ有機化學ノ物質ニ就テ吟味スル。

第2表 有機化學ノ物質ノ材料強弱學ノ特性

品名及ビ組成	比 重	tensile strength	單位重量ノ抗張力	吸濕性
「セルロイド」		500 kg/cm ²		甚 小
「アルカンファイバー」	1.1	1050 kg/cm ²	954.5 kg	大
「プレスパン」	0.9	455 kg/cm ²	505.6 kg	甚 小

「セルロイド」ノ特長ハ吸濕性甚ダ小デ、熱湯デ少シク溫度ヲ高メレバ工作自由ナ事デア
 ルガ可燃性ノ強イノ缺點デア。Vulcan fiber (或ハ Vulcanised fiber) ハ電氣ノ絶縁材料
 トシテ使用サレルモノデ、紙ヲ鹽化亞鉛、鹽化銅、硫青化鹽類等デ處理シ、表面ヲ膠化シ
 幾枚モ合セテ強キ壓力ヲ加ヘ洗滌乾燥シタ物デア。比重ガ甚ダ輕イ故單位重量ノ強靱性
 ハ鐵銅等ヨリモ遙ニ高イ。厚サ種々ノ物が製造サレ厚イ物ハ石ノ様ニ固イガ薄イ物ハ充分
 彈力性ガアツテ自由ニ曲ゲ得ル。吸濕性ハ大デ、48時間100度ノ水中ニツケテ置クト、吸水
 量25—50%ニ達シ幾分軟クナル。最近大ナル電機ノ絶縁體トシテノ Presspan (一名 Press-
 board 或ハ「フラーボード」) ナルモノガ出來タ。之ハ Vulcan fiber トホボ同様ノ理化學的
 性質ヲ有シ、特長ハ吸濕性ガ甚ダ小ナル事デア。コノ Presspan ヲ主材料トシ、Duralu-
 min ヲ骨トシテ用フレバ吾々ノ目的ニ適スル現代最良ノモノガ出來ル。先ヅ「アルミウ
 ム」ト Vulcan fiber ヲ以テ圖ノ如キ固定歩行繃帶ヲ作り、實際ニ使ツテ見テホボ満足スベキ
 結果ヲ得タ。其製作法ハ豫メ厚サ 1—1.2 托 Vulcan fiber ニ設計圖ヲ描イテ切り抜き、蒸
 氣ヲ吹き付ケ軟カクシテ置イテ曲ゲルカ、又ハ乾燥狀態ノマ、強力ノ下ニ曲ゲテ、上ガ太
 ク下ニ行ク程細イ圓筒形トナシ前デ合セル。切口ガ半圓形ノ細イ「アルミニウム」棒ヲ 2
 本骨トシテ用ヒ捻子釘デ接合スル。膝踵及ビ足背ノ當ル所ニハ大キナ孔ヲ、又所々ニ小圓
 孔ヲアケテ置ク。fiber ノ表面ニ紐ヲ數本ツケ前デ結ブ様ニシテ適宜ニ締メ付ケ、常ニ充分
 固定ノ目的ガ達セラレル様ニスル。之ヲ脚ニハメル前ニ豫メ脚ノ凹凸ニ從ヒ、綿ヲアテソ
 ノ上ニ普通繃帶ヲ卷キツケ脚全體ヲ大體一本ノ棒ノ様ナ形トナシ、固定歩行繃帶ノ前ヲ開
 イテハメル。歩行時ニハ紐ヲ強く締メ、夜寢ル時ニハ少シク緩メテ血液循環ヲヨクスル。
 コノ繃帶デ Dislocatio ad axim 及ビ ad latus 等ハホボ理想的ニ防止シ得ルガ、Dislocatio
 ad longitudinem ヲモ防止シ得ルヤ否ヤハ疑問デア。故ニ牽引法ガ必要デナキ程ニ骨折
 端ノ適合ガ行ハレテ居ル際ニハ安心シテ之ヲ用ヒテ松葉杖歩行ヲ許シテヨイト考ヘル。コ
 ノ歩行繃帶ハ重量僅カニ靴1個(1300瓦)ノ重サノ半分(680瓦)デ甚ダ輕快デア。

追 加

革 島 彦 一

約34年前即チ日本外科學會ノ創メテ東京ニ開カレタル第1回開會ノ際、自分ハ「硬化繃帶ニ就テ」報告
 セシ事アリ。即チ廢糊ヲ以テ自製セル輕量ニシテ且ツ取外シ自在ナル固定繃帶ナリ。今簡單ニ其要ヲ
 述ベン。元來糊繃帶ハ其輕量ナルト材料ノ得易キトノ點ヨリ相當古クカラ使用セラレシモノナルモ
 其乾固性が非常ニ遅ク、僅カ數層ヲ重ネタルモノニテモ數日乃至10日位ヲ經過セザレバ内部マデ乾燥
 セザル缺點アリ。其間變形セザル様壓迫セザル様細心注意セシメル事ハ夏冬共ニ患者ニハ可成ノ苦痛
 ナリ。其處デ自分ハ先以テ患部ニ「ギプス」帶ヲ施シテ其乾燥後毀損セザル様前後ヨリ縱斷シテ2面ニ
 分チ、之ヲ鑄形トナシ、内面ニ亞麻仁油紙ヲ敷キテモウ1度「ギプス」帶ヲ重ネ邊緣ヲ整理シ、乾燥ヲ待
 チ前後ノ内部ノモノヲ剝離引出シテ合スレバ實體ト寸分違ハヌ「モデル」ヲ得ル。此上ニ糊繃帶ヲ思フ
 儘ニ施シ隨意ノ場所即チ通風日光充分ナル所ニ安置シテ乾ス事ヲ得ルナリ。

繃帶ノ製法トシテハ從來ハ糊繃帶ノ卷軸帶ヲ造リ置キ用ニ臨ンデ熱湯中ニ浸シテ其ノ粘着力ノ還元

スルヲ待チ使用シタリシガ、自分ノ經驗ニヨレバ泥狀糊液ノ中ニ普通ノ木綿卷軸帶ヲ浸漬シ、尾部ヨリ反對ニ卷キ返シテ糊縋帶ヲ作り直チニ纏絡セルモノハ其粘着力ガ非常ニ強キ事ヲ知レリ。

其原料タル糊モ蕨糊ハ其固着力ガ強靱デ使用中患者ノ發汗濕氣ノ滲潤等ニヨリ變形毀損セララル事決シテ無ク、吾人其用途ノ目的ヲ充タスニ充分ナリ。併シ若シ其必要ガ甚シキ片田舎或ハ邊陲ノ地デ起リ蕨糊ヲ手ニ入レ難キ時ハ自分ハ先ツ普通米糊ヲ製シ、之ヲ稀薄流動性泥狀トナスニ搗鉢中ニテ搗リ潰シツツ柿澁ノ汁ヲ注加シツツ適宜ニ稀メ此中ニ卷軸帶ヲ投ジテ反轉製造セリ。

斯クシテ出來上ツタ固定帶ハ、

- 1) 重量ガ甚ダ輕シ。
- 2) 安價ニシテ如何ナル所ニテモ得ラレ、且ツセルロイド⁷ノ如ク火ニ對シ危險性ナシ。
- 3) 澁引キナルヲ以テ發汗濕氣等ニ侵サレ、又ハ毀損變形スル事ナシ。
- 4) 工匠ノ手ヲ經ズ醫師自ラ製スル事ヲ得ルニヨリ任意ニ患部ニ適合セシメ得。
- 5) 「ギプス」型ヲ取ルノ他ハ全工程患者ノ體ヲ離レテ行ヒ得ルニヨリ在來ノ糊縋帶ノ如ク患部ニ卷イタママ乾燥ヲ待ツ等ノ不便ナシ。

7. 下空靜脈缺損 1 患者ニ就テ

藤 原 清

34歳ノ農夫、左ノ中腹部ノ疼痛ト腫脹ヲ主訴トス。

現在訴 約10年前誘因ト認ムベキモノナク、左右ノ下腹部ヨリ中腹部ニ涉リ各々1條ノ靜脈ガ蛇行性ニ怒張セルニ氣付ケリ。漸次ソノ程度ヲ増シ來リシガ、全ク苦痛ナキ爲放置シ居リシ所、約1週間前、上述ノ靜脈ノ左側ノモノノ内側ニ瀰漫性ノ腫脹鈍痛ヲ來シ、次第ソノ程度ヲ増セリ。コノ痛ハ歩行、咳嗽等、腹壁筋肉ヲ緊張サス際ニ強シ。疼痛ノ始ツテ以來、時々熱感アリ。食慾、睡眠、便通等ニハ異常ナシ。

局處所見 仰臥位ニテハ左右鼠蹊部ヨリ腋窩ニ向ヒ、各々1條ノ靜脈ガ蛇行性ニ怒張シテ居ルノミナルモ、直立位ニテハコノ靜脈ハ怒張著シクナル他、之等ノ靜脈ト正中線トノ間ニ尙左右各1條ノ靜脈ノ怒張ヲ認ム。之等ハ淺腹壁靜脈ガ胸腹壁靜脈ヲ經テ腋窩靜脈ニ交通シ居ル形ナリ。即チ、正常ニハ下空靜脈ニ流入スベキ淺腹壁靜脈ガ、上空靜脈ノ領域ニ流レ居レリ。尙、左右ノ小薔薇靜脈及ビ之ガ大薔薇靜脈ト交通スル部ニテ少シク怒張セリ。左右ノ精系ニハ鬱血症狀ナシ。

患者ガ疼痛ヲ訴ヘ居ルハ、上述ノ淺腹壁靜脈ノ左側ノモノノ臍高ヨリ上約7糎ノ部分ナリ。該部ノ皮膚赤ク、一帯ニ腫脹シ、溫度上昇アリ、處々ニ小指頭大ノ結節ヲ觸ル、壓痛ハコノ結節ニ強シ。斯ハ現在閉塞性靜脈炎ヲ起シ居ルモノナルモ、吾人ハ夫自身ニ對シテ左程興味ヲ感ゼザル故、ソノ後之ガ安靜ニヨリ次第ニ苦痛ヲ去リ、單ニ無痛性ノ結節ヲ殘シ居ルノミナル事ヲ附言スルニトバム。

緒、本例ノ如ク廣汎ナル部ニ同時ニ靜脈ノ怒張ヲ來スベキ原因ヲ考フルニ、之等ガ單獨ニ來タルトスルヨリモ、ソノ根幹タル下空靜脈乃至ハソレガ總腸骨靜脈ニ分岐スル邊ニ何等カノ通過障礙ヲ來シタルモノト理解スル方合理的ナリ。コノ通過障礙ハ何ニ起因スルヤ。

10年餘ヲ經過シタル今日、何等外ヨリ觸レウル腫瘤モナク、又、血管以外ニハ何等壓迫症狀ヲ示シ居ラザル點ヨリ血管外ノ壓迫即腫瘍ノ如キモノトハ考ヘ難シ。血管内ノ障礙トシテ血栓ヲ考フルガ最も自然ナリ。尙腎臟障礙ノナキ點、左右精系靜脈ニ鬱血症狀ナキ點ヨリシテ右側精系靜脈分岐部以下ニ血栓ヲ生ゼルモノト考ヘラレル。其際微毒ヲ疑ヒタルモ、患者ノ既往症並ビニワツセルマン反應ノ結果ヨリシテ之等ハ考慮ヨリ除外サル。

正中線ニテ開腹シ、洞腹膜腔ノニ後腹膜腔ニ達シタリ。右側總腸骨靜脈ノ位置ハ蔓狀ノ靜脈瘤ヲ認ムルノミテ正常ノ靜脈像ハ見出サレズ。中腸骨靜脈、左側總腸骨靜脈ハ遂ニ發見シ得ザリキ。之ヨリ上部ヘ下空靜脈ヲ探索スルニ手ノトバク範圍ニテハ、正常ノ下空靜脈ハ勿論、ソレノ遺物ラシキ索狀物ヲモ觸ルル事ヲ得ズ。

コノ下空靜脈ノ缺損ハ、約10年前迄何等症狀ノナカリシヨリ先天性ニ存在セシトハ考ヘ難シ。後天性ノモノトスルナラバ、恐ラクコノ部ニ曾テ血栓ガ存在シ通過障礙ヲ來シ、一方ニ於テ側枝血行ヲ見出シ、血管トシテノ機能ヲ停止シ居ル間、コノ血栓ガ次第ニ組織化シ吸收サレ、血管ガ索狀ニ結締組織ニ變性シテ靜脈トシテノ構造ヲ失ヒシ爲、吾人ノ手ニ觸レ得ザリシモノト考フルガ妥當ト思ハル。

8. 胃腫瘍ノ診斷ニ就テ

弘 重 充

患者 20歳ノ娘。

既往症 約3年前ヨリ春秋ニ屢々空腹時ニ嘔嘔及ビ上腹部ニ疼痛ヲ來ス。食事ト共ニコレヲノ症狀ハ去リ氣持ヨクナル。

現在訴 4ヶ月前ヨリ食事ノ1—2時間前ヨリ上腹部ニ鈍痛アリ、食事ト共ニ痛ハ去ルモ、尚ソノ部ニ充満感アリ。嘔吐ヲ來ス。又ソノ頃ヨリ噯氣アリ。1ヶ月前ヨリ嘔吐ノ回數ハ減ゼシモ常ニ上腹部ニ不快感アリ。最近時々黑色便排出サルヲ認ム。

現症 栄養衰ヘ貧血性ナリ。腹部一般ニ陥沒ス。上腹部ニ大人手拳大ノ腫瘤アリ。弾力性硬、表面凹凸、上下ニ著明ニ動キ左右ニモ樂ニ動ク。呼氣時固定シ得。胃部ニ「グル」音、振水音ヲ認ム。胃液 游離鹽酸缺如シ、總酸度低下ス。X線検査 胃幽門部ニ充盈缺損アリ、ソノ部ニ動端ナク硬キ管ノ如ク見ユ、胃内容ハ6時間ヲ過グルモ尙相當量停滯ス。ワ氏反應及ビ單獨補體結合反應何レモ陰性。

以上ノ所見ヨリ若年者ニ來タレル胃癌ト考ヘラレ、殊ニ3年前ヨリ胃潰瘍症狀アルコトヨリ *Ulcuskarzinom* ト診斷サレタ。開腹スルニ幽門ヨリ胃體部ニ及ブ腫瘍アリ。表面凹凸、弾力性硬、上胃淋巴腺ノ腫脹セルモノ數個アリ。ミクリッツ・クレンラインニ從ヒ、胃腸吻合術ヲ行ヒタリ。

組織像ヲ見ルニ、主腫瘍ニハ我々ノ考ヘシ如キ癌性變化ノ所ハ無ク、寧ロ1種ノ炎症性變化ノ如ク一見ユルノミナルモ轉移ナリト考ヘシ淋巴腺ニハ癌細胞ヲ認メタ。

即ち、若年者ニ來タ胃癌デアルガ、シカモ鏡檢上主腫瘍ニハ癌性變化ヲ見出シ得ズシテ所屬淋巴腺ニ癌轉移ヲ認メ、初メテ癌ナル事ヲ知り得タノデアル。モツト多クアラユル箇所ヨリ切片ヲ作り、綿密ニ調ベルナラバ主腫瘍ノ何處カニ定型的ナ癌性變化ヲ見出シ得ルデアロウ。

本例ノ如ク轉移存在スレバ都合ヨキモ、轉移ヲ思ハス淋巴腺ナキ場合ニハ診斷ヲ誤ルコトハ有り得ベキナリ。故ニイヤシクモ臨床所見ソノ他ノ検査ニヨリ胃癌ナリト考ヘシ場合ニハ充分ニアラユル部分ノ切片ヲ作り、鏡檢スルコトが必要デアル。僅カノ切片ニテ診斷ヲ下スハ早計ナリ。結局治療上ニハ『凡テノ腫瘤ハ重キニ從テ所斷シ充分廣汎ナル切除ヲ行フベシ』ト云フコトニ歸着スル。

9. 腫瘤ト誤リ易キ腹壁異物性硬結

河 合 十 五 平

患者 1歳6ヶ月 女児。 主訴 腹壁無痛性腫瘤。

4—5日前ヨリ發熱不氣嫌ニテ醫師ニ診察ヲ乞ヒ、右膝關節窩上ニ鵝卵大波動ヲ呈スル熱性膿瘍及ビ右上腹壁ニ索狀硬結性腫瘤アルヲ指示サル。發熱ハ前者ニヨリ生ゼルモノナリ。

腫瘤ハ臍右上1握ヨリ右乳嚢ノ方ニ向ヒ長ク、人指指大索狀硬、下端ハ境界明瞭、上方境界不鮮明、肋骨弓下ニ消ユ。腹筋ヲ緊張セシムルニ下端境界益々明瞭、軟骨硬、上方不鮮明トナル。

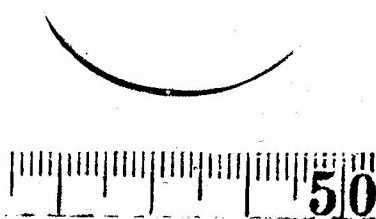
確ナル診斷ヲツケ得ズシテ手術。正中線切開。大網膜ハ肝臓前縁ト索狀ニ癒着、ソノ部肝臓稍硬ニシテ肋骨弓下腹膜ト強度癒着有り、腫瘤ヲ前腹膜中ニ觸ル。腫瘤頭端ハ肝臓、肋骨弓間癒着部ニ沒ス。腫瘤上皮膚切開ニヨリ腫瘤ノ下端ヨリ鑄ビタル完全ナル木綿針ヲ發見引キ出ス。

小兒ノ針刺ハ往々 Anamnese ニ無キコト多ク、コノ患者ニモ之無カリシトハ云ヘ術前レントゲン像ニ陰影ノ存在セルモノニシテ、診斷不明ナリシハ針刺ヲ念頭ニ置カザリシニヨル。

10. 消化管吻合用双尖針ニ就テ

中 尾 三 譽 治

Schmieden 氏ノ重疊縫合 Einstülpungsnaht ハ、ソレニ依リテ第1期癒合ヲ企テルモノニ非ズシテ、縫合線ガ緊密ニ液體及ビ瓦斯ヲ洩サズシテ一面ニハ止血ガ完全、他面ニハ胃腸内容ガ少シモ外ニ出デザルヲ以テソノ目的トス。コノ爲ニハ縫合ガ充分精密ナラザル可カラズ。コノ點ニ就キテハ我等京大外科教室ニ於テ充分注意セラレツツアリ。コノ縫合ガ少シ粗過ギル時ハ



縫合線ヨリ内腔ニ向ヒ、後出血並ビニ浸出ガ多ク、特ニ胃ノ斷端ニ於テ然リトス。

Schmieden 氏ノ縫合ヲ以上ノ要求ノ如ク精密ニ行フニハ從來使用サレツツアル針ハソノ使用不便ニシテ特ニ術者ガ初心者ナル時ニソノ感ヲ深クス。余ハ以下述ブルガ如キ双尖針ヲ考案シ、之ヲ使用セルニ甚ダ便利ナリシニ依リ茲ニ報告ス。

構造 從來ノ腸管縫合用丸針ノ太サノ針ノ兩端ヲ尖ラシ、ソノ中央ニ絲孔ヲ設ケ、兩針尖ヲ去ル約1糎ノ部ニ於テ持針器ニ依ル把持ニ便ナラシムル爲適度ノ扁平サヲ加ヘタルモノナリ。(前頁寫眞参照)

使用法 1 壁ヲ貫通セル針ヲ持針器ニテ抜キ取り、次ニ持針器ノ位置ヲ變ズルコトナシニソノ儘他壁ヲ貫通ス。但シ後壁ノ全層縫合ニモ本針ヲ普通針ノ如ク使用スル時ハ中途ニテ絲ヲ通ス煩雜ヨリ避ケ得テ更ニ便利ナリ。

使用上注意ス可キハ、1) 針ハ常ニ持針器カ鑷子ニテ把持シテオルコト。2) 絲孔並ビニソノ附近ヲ持針器ニテ挟ムコトナク、常ニ針尖ヲ去ル約1糎位ノ部ニ於テ挟ムコト。3) 縫合ニ當リ暴力ヲ用ヒザルコト。

斯クシテ本針ヲ使用スルニ余ノ如キ初心者ニテモ既述ノ理想ニ近キ縫合術ヲ左程ノ困難ヲ覺エズシテ行ヒ得。大方ノ御試用ヲ乞フ。(京都堂坂器械店ニテ製作販賣セシメ居レリ。)

11. 後腹膜囊腫ト誤ラレタル腹腔内寒性膿瘍ノ1例

革 島 史 良

患者 19歳 學生。 主訴 腹部腫瘍。

既往症 一昨年11月頃ヨリ漸次下腹部ノ膨隆及發熱ヲ來シ、結核性腹膜炎トシテ治療中昨年3月ニ左側滲出性肋膜炎ヲ併發シ、同年7月頃何レモ輕快シタ。

現病歴 本年3月頃ヨリ漸次上腹部ガ膨隆シ來リ、現在デハ小兒頭大トナツタ。併シ今迄全ク苦痛ハナイ。嘔吐、下痢、血尿等モナイ。

現症 患者ハ一般ニ榮養惡ク、胸部ニハ左上方ニハ前後共時々水泡音ヲ聽ク。腹部ヲ診ルト、上腹部稍右寄りニ約小兒頭大ノ膨隆ガアツテ表面ハ平滑デ何等異常ハナイ。緊張彈力性デ波動著明、皮膚トハヨク動クガ基底カラハ全ク動カナイ。打診上一般ニ全ク濁濁ヲ呈スルガ左半分ニ多少鼓音性濁ノ部分ガアル。即チ胃ガ左方ニ押シヤラレテキルヲ思ハセル。壓痛ハドコモナイ。以上ノ所見ニヨリ大體腹腔内又ハ後腹膜カラノ囊腫ト考ヘラレル。

血液像、血球沈降速度何レモ大シタ變化ナシ。膀胱鏡検査ニヨル色素試験デハ腎機能ニ障碍ハナイ。

外科ニ來ル前ニ内科デ行ツタ検査デハ十二指腸液内ノ Trypsin 及 Diastase 量ガ非常ニ減少シテキル。又糞便中ニ脂肪滴、筋纖維ガ多ク存在シ、尿ノ耐糖量ハ多少下ツテキルガ、レントゲン像ハ胃ハ多少左方ニ押シヤラレテキルガ、通過障碍ナク、幽門、十二指腸ハ殆

ンド正常ノ位置ニアル。併シ、之レハ脾臓ノ頭部カラ囊腫ガ出來テ十二指腸ノ前方ニ大キクナツタモノデアルト考察シタ。尙他ニ脊柱肋骨ノ結核性變化ヲ調べタガ異常ハナイ。

以上ヨリシテ、脾臓囊腫ナル診斷ノ下ニ手術ヲ行ツタ。正中線切開ニヨリ腹膜ニ達シタ所、腹膜ソレ自身が強く肥厚シ、腫瘍壁ト癒着シテキル。コレノミデ誤診ト云フコトハ直グ判ツタ。此壁ヲ開クト稀薄様、乾酪變性物質ヲ有スル結核性膿汁ヲ多量ニ出シタ。周圍ハ完全ニ膿膜ニヨリ包マレ、1部ハ瘻孔ヲ作り右横隔膜ヲ通ジ、第7肋骨ヲ觸レタノデ之ヲ切除シタガ變化ヲ認メナイ。

即チ此寒性膿瘍ハ限局性結核性腹膜炎デアル。

以上我々ノ術前ノ診斷ハ全ク誤リデアツテ、後ニナツテ考ヘルト、既往症ニ腹膜炎ノアツタコト、上腹部ノ打診上ノ所見、レントゲン像ニテ胃十二指腸ノ位置ニ變化ノ少ナカツタコト等色々思ヒ當ル點ガアル。敢テ大ナル誤診ニ陥ツタ原因ハ酵素、糞便、血糖等餘リニ微細ナ検査ニトラハレ過ギテ臨床家ノ行クベキ從來アリ來リノ本道即チ既往症、患者ノ一般所見等ヲ疎カニシタコトデアル。又ナルベク他人ノ下シタ診斷ヲ尊重シテ、之レヲ逆ラフマイトシタコトモ誤診ヲ大イニ助成シタモノカト考ヘラレル。

治療上ニハ肋骨周圍膿瘍ノ場合ト同一方針デ膿瘍内容及ビ胃腸壁ト癒着シテキル以外ノ膿膜ヲ全部切除シ、ソノママ縫合シタ。腹壁ハ可動性ナル故肋骨周圍膿瘍ノ場合ノ如ク死腔ヲ充填スル必要ハナイ。患者ハ術後第15日第1期癒合ニテ全治退院シタ。

12. 盲腸ノ腫瘍ニ就テ

弘 重 充

盲腸癌ノ1患者ニ遭遇シテ、ソレヨリ次ノ様ナコトヲ述ベタ。

第1. 盲腸腫瘍デ、臨床上腸骨窩ニ固ク癒着シ居ル様デモ盲腸ノ走行ニ挺狀 (hebelnd) 運動ヲ呈スル場合ニハ切除可能ナリ。

第2. 上行結腸ニ見ルガ如クー、腸後壁ガ後腹膜組織内ニアル場合、ソノ斷端ノ縫合ハ不確實ナル故、從來既ニ云ハレテ居ルコトデハアルガ、病變ガ盲腸ニアロウトモ、上行結腸ニアロウトモ、イヤシクモ切除ヲ要スル場合ニハ、空腸下端ヨリ、腹膜ニテ全周圍ノオホハレテ居ル横行結腸迄切除シ、以テ斷端ヲ腹腔内ニアラシムルベキコトヲ必要ナリト考フ。

第3. 巨大 S 字結腸症ニテ S 字狀結腸蹄係ノ盲腸部位ニ移動セル際、レントゲン検査ニ於テ S 字狀結腸ヲ盲腸ト考ヘ診斷ヲ誤ルコトアリ。ノ

第4. 半歳ニワタル長キ間、バウヒン氏瓣ニ強イ狹窄ガアリ乍ラ、空腸下端ニソレヲ思ハスー足ル腸壁肥厚ヲ認メザリシハ理解ニ苦シム所ナリ。

第5. 蟲様突起ハソノ根部ニテ閉鎖サレ居リシモ、蟲様突起ニ何等ノ變化ヲモ認メ得ザルコト(標本ヨリ)モ理解シ難キ所ナリ。